

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีส่วนร่วม
ของชุมชน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ปรียาภัสร์ เหล็กเพชร¹ ส.บ., กฤษฎา เหล็กเพชร¹ ส.ด., จันทิมา นวะมะวัฒน์^{2*} ส.ด.

Received: December 13, 2023

Revised: March 7, 2024

Accepted: March 7, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มอำนวยการ ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอาวุโส ผู้กำกับการสถานีตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุข อำเภอ และกลุ่มปฏิบัติการ ได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แนวประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม และรูปแบบเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) โครงสร้างสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ ศูนย์อำนวยการ ศูนย์ข้อมูล ทีม 5 กัลยาณมิตร และทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน 2) แนวทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย การเฝ้าระวังในชุมชน การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียมชุมชน โดยแบ่งเป็นแนวทางการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยทีม 5 กัลยาณมิตร แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโดยทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน และแนวทางการเตรียมชุมชนเพื่อรองรับผู้ป่วยกลับบ้าน ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นในการดูแลลดลง รับประทานยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้น และมีอาการกำเริบและก้าวร้าวรุนแรงน้อยกว่าก่อนการนำรูปแบบไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ จะเห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีประสิทธิภาพต้องการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหลายระดับ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การเฝ้าระวัง การมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยจิตเวช

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

* ผู้รับผิดชอบบทความ: juntima@bcnsprnw.ac.th

The development of surveillance and care model for psychiatric diseases based on community participation, Kaolieo District, Nakhonsawan Province

Preyapat Lekphet¹ B.P.H., Kritsada Lekphet¹ Dr.P.H., Juntima Nawamawat^{2,*} Dr.P.H.

ABSTRACT

This participatory action research aimed to develop a surveillance and care model for psychiatric diseases based on community participation in the Kaolieo District, Nakhon Sawan Province, and evaluate its effectiveness. The study subjects included the director group comprising the district chief, senior deputy district chief, superintendent police, hospital director, and public health executive, and the operational group comprising nurses, health officers, district health board, village health volunteers, community leaders, caregivers, and relatives. Tools utilized included a semi-structured focused group discussion guideline, semi-structured interview guideline, a questionnaire, and Kaolieo's model. Data analysis employed percentages, means, and paired t-tests for quantitative data, and content analysis for qualitative data.

The results showed that the surveillance and care model for psychiatric diseases based on community participation is composed of two parts: 1) the supporting center, which comprises the director center, the data center, five buddy teams, and the emergency response team; and 2) the guidelines on surveillance and care, which consist of community surveillance, patient referral system, and community preparation. The effectiveness of model implementation demonstrated a statistically significant decrease in the need for care, higher drug compliance, and reduced aggressive behaviors and relapses of the patients at p-value < 0.05. Consequently, the surveillance and care model for psychiatric diseases based on community participation can effectively support the surveillance and care of psychiatric patients requiring more participation from other organizations, thus enabling patients to live appropriately with their families.

Keywords: Surveillance, Community participation, Psychiatric patient

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Kaolieo Hospital, Nakhonsawan Province

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Swanpracharak Nakhonsawan

* Corresponding author: juntima@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-adjusted life years) สูงถึงร้อยละ 7.4 ของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะทั้งหมด ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อม ในด้านครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ สังคม และด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงมักขาดโอกาสและการสนับสนุนในสังคม ก่อให้เกิดการตกเป็นเหยื่อหรือเสี่ยงต่อการก่อคดีอุกฉกรรจ์ และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระในการดูแล ส่งผลให้ญาติมีความท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดความหวัง และกำลังใจในการดูแลรักษา ประกอบกับอาการของผู้ป่วยไม่คงที่ อาการกำเริบบ่อยครั้ง ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่นและชุมชน จึงมักพบเหตุการณ์ญาติหรือผู้ดูแลต้องล่ามขังผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2016) จากข้อมูลกรมสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสะสม 13,194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 ช่วงอายุ 26-45 ปี ร้อยละ 52.9 และเมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด ร้อยละ 43.2 รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30 - 39) ร้อยละ 30.4 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) ร้อยละ 17.3 (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2020) สำหรับจังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยจิตเวช 18,257 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.0 ช่วงอายุ 40-74 ปี ร้อยละ 62.4 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จำนวน 95 ราย (Nakhonsawan Provincial Public Health Office, 2023) และอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ พบผู้ป่วยจิตเวช 193 ราย และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเวช มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย และเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) พบว่า มีจำนวน 26 ราย

(Mental Health Unit, Kaoleaw Hospital, 2023)

จากสภาพปัญหาที่มีผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความซับซ้อนในการดูแล รวมถึงมีปรากฏการณ์การกระทำรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ หลายเหตุการณ์ที่กระทบต่อชุมชน ครอบครัว ในวงกว้าง รวมถึงชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความหวาดกลัวต่อผู้ป่วยทางจิต อีกทั้ง มีทัศนคติ การตีตรา ไม่ยอมรับ ก่อให้เกิดความยากในการจัดการ ควบคุม ดูแลจากขาดความเข้าใจของปัญหา ทำให้มีความร่วมมือจากชุมชนน้อย มีการทำงานแบบแยกส่วนขาดผู้รับผิดชอบหลัก รวมถึงขาดการประสานเชื่อมโยงและการเฝ้าระวังดูแลอย่างเป็นระบบ ในการแก้ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการเฝ้าระวัง และค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และวางระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับชุมชน ระดับโรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวช รวมถึงการบูรณาการความเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่าย โดยใช้ชุมชนเป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง จึงเห็นได้ว่า กระบวนการเฝ้าระวังในชุมชน ถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตรวจค้น รายงาน และจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนของโรคได้เป็นอย่างดี หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่สามารถบูรณาการงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคผ่านโครงสร้างของชุมชน เพื่อดำเนินงานโดยชุมชนในกระบวนการขับเคลื่อนของชุมชน และการใช้ทรัพยากรชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค กระบวนการเฝ้าระวังโดยชุมชนจึงเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนรู้สึกในความรับผิดชอบ มีการตอบสนอง และความเป็นเจ้าของในกระบวนการและเป้าหมายในการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชนด้วยชุมชน เพื่อชุมชน (Nawamawat, Sitthisart, Lekphet, & Tienthavorn, 2021)

ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนแก่แล้ว ประยุกต์ใช้แนวคิดการเฝ้าระวังโดยชุมชน (Community-Based Surveillance) (World Health Organization, 2015) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) (Chaitongsri, Butsaeng, Surawan, & Lophongpanit, 2022) โดยให้ทุกคนร่วมคิด วิเคราะห์ ออกแบบ ร่วมกันจากประสบการณ์

และบริบทพื้นที่ มีส่วนร่วมในกระบวนการเฝ้าระวังโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช และการดำเนินการขับเคลื่อนร่วมกัน ตัดสินใจ วางแผน และกำกับติดตาม เพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังดูแลอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดรูปแบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดอาการกำเริบหรือการกลับมาที่มีความรุนแรงซ้ำ ซึ่งรูปแบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพื้นที่เก้าเหลี่ยมที่มีกระบวนการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยชุมชนที่มีความเฉพาะเจาะจงของประชาชน และบริบทอื่นจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มุ่งสู่อำเภอสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอเก้าเหลี่ยม จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อประเมินผลการนำไปใช้ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอเก้าเหลี่ยม จังหวัดนครสวรรค์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ประยุกต์ใช้รูปแบบตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) แบ่งการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ศึกษาวิจัยในพื้นที่อำเภอเก้าเหลี่ยม จังหวัดนครสวรรค์ การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHOEC-011/66 มีรายละเอียดการศึกษาดังนี้

1. **ขั้นวางแผน:** การศึกษาบริบทพื้นที่ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวช วิเคราะห์การดำเนินการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอ

เก้าเหลี่ยม จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด คือ กลุ่มอำนวยการ เป็นผู้นำในการสั่งการ และประสานงานระบบ ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอาวุโส ผู้กำกับการตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 5 คน และกลุ่มปฏิบัติการ คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการเฝ้าระวังดูแลรักษา ได้แก่ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ผู้ดูแลและญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure interview guideline) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายเรื่องยาเสพติดและความรุนแรง ปฏิบัติการจัดการผู้ที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตจากยาเสพติด เป็นต้น และแนวคำถามสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure focus group discussion guideline) สำหรับการสนทนากลุ่ม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ครอบครัว/ชุมชน ดำเนินการอย่างไรเมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดอยู่ในบ้าน/ชุมชน ตอนที่ผู้ป่วยมีภาวะก้าวร้าวรุนแรงจะดำเนินการอย่างไร ชุมชน/ครอบครัวจะมีบทบาทอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ยาเสพติดให้อยู่ในระยะสงบได้ต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มอำนวยการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และกลุ่มปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม

สำหรับการร่างรูปแบบ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาร่างรูปแบบในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มภาคีเครือข่าย นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ และระบบการเฝ้าระวังที่ผ่านมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์มาร่วมวางรูปแบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ที่เหมาะสมร่วมกัน โดยร่วมกันคิดออกแบบโครงสร้าง
คณะทำงาน รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่ ขั้นตอน
ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม
ในการติดตาม การส่งข้อมูลในระบบการเฝ้าระวังดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช อีกทั้งการติดตามพฤติกรรมกรณียา การ
รับ-ส่งตัวผู้ป่วยในพื้นที่มาสู่สถานพยาบาลระดับต่าง ๆ
ในการปิดช่องว่างรอยต่อที่เกิดปัญหาและการประเมินผล
เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ จนได้
รูปแบบในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีส่วนร่วมใน
ชุมชนที่จะนำไปใช้ในการศึกษาขั้นปฏิบัติการ

2. ขั้นปฏิบัติการ: นำรูปแบบการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอ
แก่งเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้จากขั้นวางแผนไปใช้
ออกแบบกิจกรรมเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มอำนวยการ ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอาวุโส
ผู้กำกับการตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุข
อำเภอ จำนวน 5 คน และกลุ่มปฏิบัติการ ได้แก่ พยาบาล
และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน อาสาสมัคร
สาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ผู้ดูแลและ
ญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมกับ
ระยะพัฒนารูปแบบ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย
จิตเวชในชุมชน ได้แก่ กลุ่มอำนวยการ จำนวน 5 คน
กลุ่มปฏิบัติการ จำนวน 10 คน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข
และผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน กลุ่มผู้ดูแลและญาติผู้ป่วย
จำนวน 10 คน เพื่อทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
ตามรูปแบบที่กำหนดไว้

2.2 จัดโครงสร้างองค์การดำเนินงานตาม
รูปแบบ

2.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ในรูปแบบ

3. ขั้นสังเกตการณ์: การติดตาม ควบคุมกำกับ
สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอแก่งเลี้ยว จังหวัด
นครสวรรค์ ในระหว่างดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง
(Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด

คือ กลุ่มอำนวยการซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสั่งการและประสานงาน
ทั้งระบบ ได้แก่ นายอำเภอ ปลัดอาวุโส ผู้กำกับการ
ตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ
จำนวน 5 คน และกลุ่มปฏิบัติการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วม
ในกระบวนการเฝ้าระวังดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ พยาบาล
และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 10 คน อาสา
สมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ผู้ดูแล
และญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาผู้วิจัยใช้แนวคำถามสนทนา
กลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure focus group
discussion guideline)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดตามผลการดำเนินงาน
ตามรูปแบบทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 4 เดือน และ
สนทนากลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน
ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางการแก้ไขและพัฒนา
ให้การเฝ้าระวังให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

3. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ: เพื่อประเมินประสิทธิผล
การนำรูปแบบไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ที่ประเมิน
ประสิทธิผลด้านกลุ่มผู้ให้บริการ 5 กัลยาณมิตร ถูก
คัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection)
ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนด ได้แก่ กลุ่มอำนวยการซึ่งเป็น
ผู้นำในการสั่งการและประสานงานทั้งระบบ ได้แก่ นายอำเภอ
ปลัดอาวุโส ผู้กำกับการตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 5 คน และกลุ่มปฏิบัติการ
ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการเฝ้าระวังดูแลรักษา
พยาบาล ได้แก่ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข
จำนวน 10 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำ
ชุมชน จำนวน 10 คน ผู้ดูแล และญาติผู้ป่วย จำนวน
10 คน

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลด้านผู้ป่วย
คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เฝ้าระวังดูแลในช่วงที่นำรูปแบบไปใช้
จำนวน 217 ราย คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะ
เจาะจงทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิผลด้านกลุ่มผู้ให้บริการ 5 กัลยาณมิตร ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง และแนวคำถามสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง

เครื่องมือในการประเมินประสิทธิผลด้านผู้ป่วย คือ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถามจากกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2020) ประกอบด้วย ความต้องการดูแล 10 ด้าน เช่น ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด ความต่อเนื่องของการรับประทานยา ระดับความรุนแรงของอาการอาการกำเริบ อาการรุนแรงทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในตำบลอื่นของอำเภอแก้วแก้ว จำนวน 20 คน ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคทั้งหมดได้ เท่ากับ 0.67

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลประสิทธิผลด้านกลุ่มผู้ให้บริการ 5 กัลยาณมิตร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ข้อมูลประสิทธิผลด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสอบถามจากผู้ดูแลผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$
3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาศาสนาการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวช และการดำเนินการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนพบว่า จำแนกประเด็นดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีความผิดปกติทางจิตและผู้ป่วยจิตเวชที่แสดงอาการและยังไม่แสดงอาการ จำนวน 217 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระบบทะเบียน จำนวน 181 คน และไม่ได้อยู่ในทะเบียนการรักษา จำนวน 36 คน ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ร้อยละ 87.0 รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 87.0 มีพฤติกรรมทำร้ายคนอื่นถึงขั้นเสียชีวิต ร้อยละ 0.9 มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 0.5 โดยที่ผู้ป่วยจิตเวช 1 ใน 3 มีการใช้สารเสพติด

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการระงับเหตุและการบรรเทาผลกระทบ เมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีอาการก้าวร้าวและกระทำรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

“เมื่อลูกชายมีอาการขึ้น ไม่รู้จะแจ้งใคร กว่าจะโทรเรียกกู้ภัย หรือแจ้งโรงพยาบาลก็ใช้เวลานาน บางทีก็ถูกทำร้ายร่างกาย กลัวมันจะไปทำร้ายคนอื่นด้วย” (ญาติ 2)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ไม่มีแบบแผนการดำเนินงานร่วมกัน จึงไม่ทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการจัดการปัญหาของผู้ที่มีอาการจิตเวช และเจ้าหน้าที่เกรงกลัวการถูกฟ้องร้องจากการเข้ามาปฏิบัติงาน เนื่องจาก ไม่มีความรู้และเข้าใจกฎหมายที่รองรับการปฏิบัติงาน รวมถึงขาดความเชื่อมต่อของข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชระหว่างหน่วยงาน ปัจจุบันมีเพียงข้อมูลทางสาธารณสุขเท่านั้น และระบบการเฝ้าระวังติดตามและดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

“เมื่อรับแจ้งเหตุจาก 1669 ก็ต้องออกไปรับเหตุผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าว ก็มีความกลัว พยาบาลผู้ชายก็ไม่มีในบางเวร บางครั้งต้องแจ้งตำรวจและกู้ภัยออกไปร่วมด้วย กว่าจะให้ยาเพื่อทำให้ผู้ป่วยสงบได้ บางทีก็ได้ลูกหลงเหมือนกัน” (พยาบาล 1)

ชุมชนไม่ทราบบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการกินยาได้อย่างต่อเนื่อง ขาดยา อาการไม่ทุเลาลง จนถึงมีอาการกำเริบและการ

เข้าถึงการบริการของผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควรจากสภาพปัญหาของความยากจน ความไม่พร้อมของผู้ป่วยและญาติในการเดินทางที่ยากลำบากมารับบริการ อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงในมุมมองของญาติและผู้ดูแล

“บางทีเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีอาการก้าวร้าว บางทีชาวบ้านก็ต้องไปช่วยกันจับ ทุกคนป่วย ทั้งชาวบ้านก็บาดเจ็บกันถ้วนหน้า เพราะไม่มีความรู้ในการทำให้ผู้ป่วยสงบ” (อสม. 1)

“ตอนที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลับมากินยาต่อที่บ้าน ชาวบ้านก็กลัวไม่กล้าไปคุยกับผู้ป่วย บางคนไม่ไปคุยกับครอบครัวนี้ เพราะกลัว” (อสม. 2)

3. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์มาร่วมวางรูปแบบ ประกอบด้วย โครงสร้างการดำเนินงานภาคีเครือข่ายการเฝ้าระวังและดูแล และบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ทดลองใช้รูปแบบบนโต๊ะ (Table top exercise) และปรับปรุงจนได้รูปแบบที่เหมาะสมดังนี้

1. โครงสร้างสนับสนุนการปฏิบัติการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย

1.1 ศูนย์อำนวยการ ประกอบด้วย

1.1.1 ฝ่ายอำนวยการ ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการทุกภาคส่วน ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายให้คำปรึกษา แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุน ติดตามข้อมูล กำกับการทำงาน และแนวทางการขับเคลื่อนงาน

1.1.2 ฝ่ายบังคับใช้กฎหมาย ประกอบด้วย เจ้าพนักงาน ทำหน้าที่ตามกฎหมายกำหนด ซึ่งมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงาน คือ พ.ร.บ สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย สืบรวจข้อมูลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดและจิตเวช จัดทำแผนปฏิบัติการ จัดชุดเผชิญเหตุ ตรวจสอบข้อเท็จจริง ออกหนังสือเรียก สอบถาม และส่งตัวผู้ป่วย

1.1.3 ฝ่ายบำบัด รักษาฟื้นฟู ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) วัด โรงเรียน สถานประกอบการ อาสาสมัคร

สาธารณสุขในพื้นที่ จิตอาสาในชุมชน ทำหน้าที่ประเมินคัดกรองแยกกลุ่มสี ถ่ายทอดความรู้ ประสานติดตามผู้ป่วย รับ-ส่งต่อ รายงานผลการปฏิบัติงาน

1.2 ศูนย์ข้อมูล เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจาก 3 แหล่ง ได้แก่ 1) ทะเบียนรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2) ทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และรายงานจากอาสาสมัครสาธารณสุข 3) จากการค้นหาในชุมชนที่ได้จากผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน ทะเบียนรายงานจากตำรวจ สื่อสารระหว่างหน่วยงานผ่านระบบไลน์ แอปพลิเคชัน และจัดทำเป็นสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ มีการนำข้อมูลมาตรวจสอบร่วมกันทุกอาทิตย์

1.3 ทีม 5 กัลยาณมิตร ประกอบด้วย 1) ปกครองท้องที่ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตร กำนัน และแพทย์ประจำตำบล 2) องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้แทนกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (ปอท.) สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพัฒนาชุมชน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดูแลครัวเรือนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ 4) ญาติตามกฎหมาย หรือผู้ดูแลที่ผู้ป่วยยินยอมให้ดูแล และ 5) ชั่วญใจ ได้แก่ คนที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เชื่อใจ ไปมหาสู หรือพูดคุยด้วยเป็นประจำ โดยจัดทีม 5 คนต่อผู้ป่วย 1 คน เพื่อเฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือ และติดตามอาการของผู้ป่วยในชุมชน

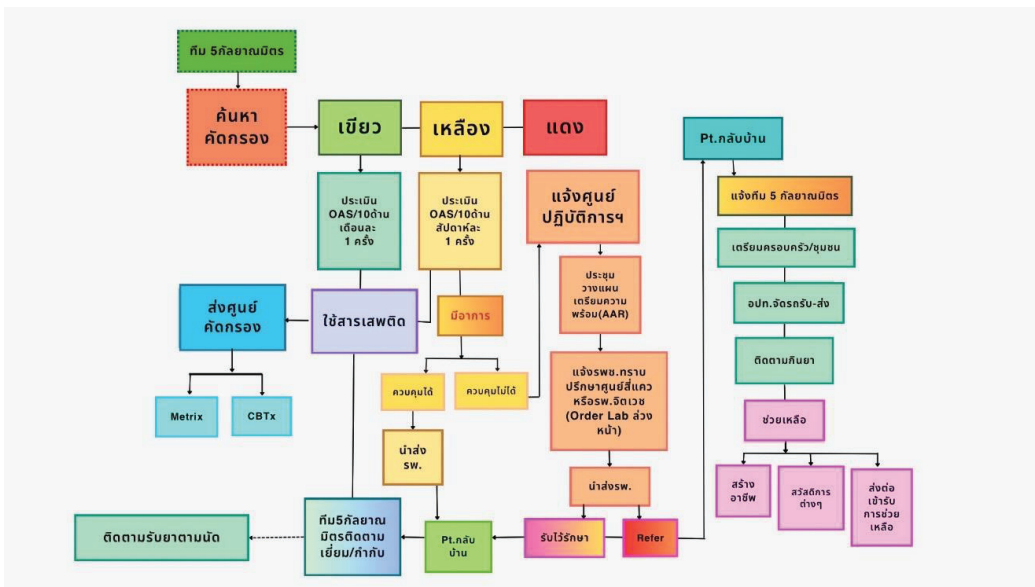
1.4 ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ ตำรวจท้องที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพช. ทีม 5 กัลยาณมิตร รพ.สต. อปท. เพื่อดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีอาการ

2. แนวทางการดำเนินงานของรูปแบบการเฝ้าระวังในชุมชน การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และการเตรียมชุมชนเพื่อรองรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีแนวคิดการดำเนินงานร่วมกันคือ “เราจะร่วมมือกัน ช่วยกัน ด้วยใจอาสา และศรัทธา” มีรายละเอียดการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 การเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการโดยทีม 5 กัลยาณมิตร ใช้เครื่องมือประเมินอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยตามแบบประเมินพฤติกรรม 10 ด้าน แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า

2Q ติดตามประเมินทุก 1 เดือน แล้วแบ่งประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของอาการเป็น 3 กลุ่มโดยแสดงเป็นสีดังนี้ กลุ่มแรก หากผลการประเมินปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว มีแนวทางการเฝ้าระวังดูแล คือ เฝ้าสังเกตและประเมินพฤติกรรมซ้ำ ทุก 1 เดือน รวมถึงติดตามการกินยาทุกวัน กลุ่มสอง ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแล้วมีอาการ 1 ข้อแต่ควบคุมได้ จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง มีแนวทางการเฝ้าระวังดูแล คือ รายงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประเมินพฤติกรรมทุกสัปดาห์

กลุ่มสาม ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแล้วมีอาการ 1 ข้อและควบคุมไม่ได้ จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง มีแนวทางการเฝ้าระวังดูแล คือ ให้รายงานศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยที่ทีมประชุมแผนก่อนรับเหตุ แล้วนำส่งโรงพยาบาล แต่ถ้าประเมินแล้วมีอาการรุนแรง ให้ถ่ายคลิปปวีดีโอรายงานศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยที่ทีมประชุมแผนก่อนรับเหตุแล้วนำส่งโรงพยาบาลเหมือนกับแนวทางกลุ่มควบคุมไม่ได้ แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทีม 5 กัลยาณมิตร

ในส่วนของการออกแบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วย จะมีการจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย กำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังดูแลตามระยะของความผิดปกติของอาการ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะขณะเกิดเหตุ

และระยะหลังเกิดเหตุ ซึ่งทีม 5 กัลยาณมิตรจะประเมินพฤติกรรม สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยด้านคำพูด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านดูแลตนเอง ด้านอาการจิตกำเริบ ในแต่ละช่วงของกระบวนการเฝ้าระวังดูแล และดำเนินการตามระยะความเจ็บป่วย ดังตาราง 1

ตาราง 1 รูปแบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย 5 กัลยาณมิตร ทั้ง 3 ระยะ

ระยะ	ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต	ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย
ก่อนเกิดเหตุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตการณ์เฝ้าระวังอาการ/สัญญาณเตือน 2. คัดกรองแบบประเมินพฤติกรรม 10 ด้าน เดือนละ 1 ครั้ง 3. ประเมิน Mental Health ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เดือนละ 1 ครั้ง 4. เฝ้าระวังอาการตามแบบประเมิน OAS 5. ติดตามการกินยาทุกวัน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สังเกตการณ์/สอดส่อง(สัญญาณเตือน) 2. คัดกรองตามแบบประเมิน 3. เฝ้าระวังอาการตามแบบประเมิน OAS 4. ประสานศูนย์คัดกรอง รพ.สต./รพช. เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษา
ขณะเกิดเหตุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมวางแผนกับทีมชุดปฏิบัติการ ก่อนออกรับผู้ป่วยในชุมชน 2. ทำความเข้าใจกับญาติ/ผู้ป่วยก่อนส่งตัวมารับการรักษา และให้ญาติเซ็นใบยินยอมมารับการรักษา 3. ชักประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา ภาพถ่ายอาการสำคัญ คลิปวิดีโอแสดงอาการคลุ้มคลั่ง 4. ประสานขอรถองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ไปส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมวางแผนกับทีมชุดปฏิบัติการ ก่อนออกรับผู้ป่วยในชุมชน 2. ทำความเข้าใจกับญาติ/ผู้ป่วยก่อนส่งตัวมารับการรักษา และให้ญาติเซ็นใบยินยอมมารับการรักษา 3. ชักประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา ภาพถ่ายอาการสำคัญ คลิปวิดีโอแสดงอาการคลุ้มคลั่ง 4. ประสานขอรถ รับ-ส่ง ผู้ป่วยกับ อปท.
หลังเกิดเหตุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. เตรียมชุมชน เตรียมครอบครัว เตรียมห้องนอนผู้ป่วย ปรับสภาพแวดล้อมรอบๆ บริเวณบ้าน 2. ประสานขอรถ อปท. ไปรับผู้ป่วยกลับบ้าน 3. ติดตามการกินยา (กลืนยา) ต่อหน้าทุกวัน ระยะเวลา อย่างน้อย 3 เดือน 4. เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้โอกาส 5. ประสานขอความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพ ฤกษ์ยังชีพ สนับสนุนการสร้างอาชีพ ที่พักอาศัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร่วมทีมชุมชนบำบัด (Community Based Treatment and Rehabilitation: CBTx) 2. จัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเพื่อจัดตัวกระตุ้นสารเสพติด 3. ร่วมสร้างมาตรการชุมชนในการป้องปรามยาเสพติด 4. เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้โอกาส 5. ประสานขอความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพ ฤกษ์ยังชีพ สนับสนุนการสร้างอาชีพ ที่พักอาศัย

2.2 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยทีม 5 กัลยาณมิตร จะเริ่มต้นจากการที่ทีม 5 กัลยาณมิตร สังเกตและประเมินอาการผู้ป่วย จำแนกความรุนแรงของ ผู้ป่วย และรายงานอาการผู้ป่วยต่อทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ รพ.สต. เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่เหมาะสม โดย อปท. จัดรถรับ-ส่งผู้ป่วยและมีทีม 5 กัลยาณมิตรไปกับผู้ป่วย

2.3 แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน จะเริ่มจากรับรายงานเหตุการณ์ผู้ป่วยจาก ทีม 5 กัลยาณมิตร หากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รอได้จะเรียก ประชุมทีมเพื่อวางแผนก่อนรับออกเหตุ นัดหมายการ ลงพื้นที่ และแจ้งเวลานัดหมายให้แผนกฉุกเฉินของ รพช. ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องช่วยเหลือทันที จะส่งการให้ออก ปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดเกิดเหตุภายใน 30 นาที เพื่อรับ

ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่รพช. หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งบทบาทหน้าที่ของสมาชิกที่มีปฏิบัติการฉุกเฉิน ดังนี้

2.3.1 ตำรวจ บทบาทหน้าที่รับแจ้งเหตุ ประเมินสถานการณ์ รายงานผู้บังคับบัญชา สอดส่อง สภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตราย และร่วมทีมชุดปฏิบัติการเพื่อรับตัวผู้ป่วยมารักษา

2.3.2 ทีม 5 กัลยาณมิตร บทบาทหน้าที่ รายงานสถานการณ์ในพื้นที่ พร้อมถ่ายภาพผู้ป่วยและคลิปวิดีโอ เพื่อยืนยันสถานการณ์ ชักประวัติผู้ป่วยเบื้องต้น ทำความเข้าใจกับญาติ และร่วมทีมชุดปฏิบัติการ

2.3.3 โรงพยาบาลชุมชน บทบาทหน้าที่ พยาบาลเวร รายงานอาการผู้ป่วยพร้อมภาพถ่าย หรือคลิปวิดีโอให้แพทย์เวรทราบ จัดเตรียมการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่วงหน้า เพื่อลดการรอคอยขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

2.3.4 องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล ในพื้นที่ บทบาทหน้าที่ สนับสนุนอุปกรณ์ส่วนตัว และจัดเตรียมรถ เพื่อรับผู้ป่วยและญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลศูนย์ เมื่อต้องมีการส่งตัวไปรับการรักษา

2.4 การเตรียมชุมชน จะดำเนินการทำความเข้าใจกับชุมชน ขอความร่วมมือจากร้านค้า การช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย และการทำกลุ่มบำบัดในชุมชน

ผลการศึกษานำรูปแบบไปใช้ และประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมในการใช้รูปแบบ จำนวน 217 ราย อายุเฉลี่ย 51 ปี ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.2 อายุน้อยที่สุดของผู้ป่วย คือ อายุ 14 ปี อายุมากที่สุด คือ อายุ 89 ปี เมื่อจำแนกผู้ป่วย พบว่า ส่วนมากเป็นผู้ป่วยจิตเวช แบบโรคจิตเภท ร้อยละ 47.5 รองลงมาเป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และหลงผิด ร้อยละ 24.4 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 15.7 และหลังจากใช้รูปแบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อประเมินความต้องการดูแลของผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน พบว่า หลังการนำไปใช้มีค่าเฉลี่ยความต้องการดูแลลดลงจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง พบว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้มีค่าเฉลี่ยการรับประทานยาต่อเนื่องสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พบว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้มีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต้องการดูแล การรับประทานยาต่อเนื่อง และพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงก่อนและหลังการนำรูปแบบการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ (n = 217)

รายด้าน	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย 10 ด้าน	1.32	0.59	1.18	0.43	<0.001*
การรับประทานยาต่อเนื่อง	0.83	0.37	0.87	0.34	0.002*
พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	0.89	0.36	0.85	0.31	0.002*

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษารุ่นนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ วางแผน (Plan) ลงมือปฏิบัติงาน (Action) สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observe) และสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (Reflect) ผลการศึกษาศาสนาการณผู้ป่วยโรคจิตเวช พบว่า ในชุมชนมีผู้ป่วยจิตเวชสามารถควบคุมตนเองได้ ร้อยละ 87.0 รับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 87.0 มีพฤติกรรมทำร้ายคนอื่นถึงขั้นเสียชีวิต ร้อยละ 0.9 มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 0.5 โดยที่ผู้ป่วยจิตเวช 1 ใน 3 มีการใช้สารเสพติด และมีพฤติกรรมทำร้ายคนอื่นถึงขั้นเสียชีวิต ร้อยละ 0.9 มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 0.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kamonpan & Pimratana (2020) และ Soonue, Prapakornsakul, Pimon, & Phuttharod (2020) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีประวัติการใช้สุรา ร้อยละ 23.4 ยาบ้า ร้อยละ 3.5 และกัญชา ร้อยละ 2.8 และเกินครึ่งมีประวัติฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ พบว่า ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 จะพบผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวในอัตราที่สูงขึ้น (Warburton & Raniolo, 2020) ทั้งนี้ มีการศึกษาวิจัยชนิด Longitudinal study ของ Chodkiewicz, Talarowska, Miniszewska, Nawrocka, & Bilinski (2020) พบว่า ในระยะที่มีการระบาดจะมีการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นและปริมาณการตีพิมพ์มากกว่าก่อนระบาด จึงอาจเป็นสาเหตุที่เชื่อมโยงกันได้ว่านอกจากจะมีปัจจัยด้านการตีพิมพ์ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชแล้ว (di Giacomo, Iozzino, Ferrari, Strozza, Large, Nielssen et al. (2020) การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลด้วยเช่นกัน (Abdo, Miranda, Santos, Júnior, & Bernardo, 2020)

ผลการศึกษาศาสนาการณการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประกอบด้วย หน่วยงานดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับ

ตำบล หน่วยงานดูแลความสงบเรียบร้อยของสังคม ได้แก่ ตำรวจ หน่วยงานดูแลความเป็นอยู่ของประชาชน ได้แก่ องค์กรส่วนปกครองระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพัฒนาชุมชน หน่วยงานที่ดูแลความเป็นอยู่ในระดับชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประชาชน และครอบครัว แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลัก รวมถึงไม่มีแบบแผนการดำเนินงานร่วมกัน อีกทั้ง ถูกรบกวนรบกวนจากการเข้ามาปฏิบัติงาน ขาดความเชื่อมต่อของข้อมูลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุของการมีภาวะก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช เนื่องมาจากการขาดแคลนบุคลากร การเข้ารับการรักษาไม่ครบถ้วน ครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ และขาดการประสานงานกับหน่วยงานอื่น (Pittayaruengnon & Vivatthanaporn, 2021) และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่สำคัญอีกประการที่เป็นปัญหาของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ การเข้าถึงการบริการของผู้ป่วยไม่เต็มที่เท่าที่ควร โดยมีสาเหตุมาจากสภาพปัญหาความยากจนของครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการกินยาได้อย่างต่อเนื่อง ขาดยา อาการไม่ทุเลาลง จนถึงมีอาการกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sootthasil & Punoy (2023) พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวและลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยด้านสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) โครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย ศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์ข้อมูล ทีม 5 กัลยาณมิตร และทีมชุดปฏิบัติการ 2) ภาควิเคราะห์ ประกอบด้วย กลุ่มอำนวยการ และทีม 5 กัลยาณมิตร และ 3) บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย ซึ่งการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ ประกอบด้วย อำนวยการ ซึ่งเป็นหัวหน้าส่วนราชการในภาคีเครือข่าย ชุดบังคับใช้กฎหมาย เป็นไปตาม พ.ร.บ สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แก้ไขเพิ่มเติม

(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และกฎหมายที่รองรับการดำเนินงาน ปัญหาบุคคลผู้มีความผิดปกติทางจิต (Memusith, 2023) ที่สามารถสนับสนุนการทำงานได้อย่างคล่องตัว กระบวนการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ต้นน้ำ หมายถึง การเตรียมความพร้อมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลเฝ้าระวัง (Primordial & Primary Prevention) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ป่วย และรายงานข้อมูลสถานะผู้ป่วยในระดับเขียว เหลือง แดง กลางน้ำ หมายถึง การรับ-ส่งต่อการรักษาผู้ป่วยที่มีความก้าวร้าว และปลายน้ำ หมายถึง การเตรียมการดูแลครอบครัว สภาพแวดล้อม รวมถึงชุมชน เพื่อรองรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจะสำเร็จได้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunmatham (2023) ที่พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารสนเทศในทุกระดับของการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ระดับข้อมูลข่าวสาร ระดับให้ความคิดเห็น ระดับเข้ามามีบทบาท ระดับสร้างความร่วมมือและระดับเสริมอำนาจให้ประชาชน มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างยั่งยืน โดยที่เครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลในการศึกษาครั้งนี้ เรียกว่า "5 กัลยาณมิตร" ประกอบด้วย ฝ่ายปกครองท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติตามกฎหมาย หรือผู้ดูแลที่ผู้ป่วยยินยอม และขวัญใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chudpimai (2022) พบว่า เครือข่ายชุมชนที่ร่วมเฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง เรียกว่า "เครือข่าย 7 สหาย คลายทุกข์" ประกอบด้วย สหายที่ 1 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สหายที่ 2 ผู้นำชุมชน สหายที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุข สหายที่ 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สหายที่ 5 โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สหายที่ 6 ตำรวจ และสหายที่ 7 โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลทั้งด้านสุขภาพ ความเป็นอยู่ และความปลอดภัยของผู้ป่วยและชุมชน เห็นได้ว่าทั้ง 5 กัลยาณมิตร และ 7 สหายคลายทุกข์ ต่างมีองค์ประกอบใกล้เคียงกัน คือ ฝ่ายปกครอง ฝ่ายสาธารณสุข

ฝ่ายปกครอง และแกนนำชุมชน แต่เครือข่ายที่สำคัญที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และขวัญใจผู้ป่วย ซึ่งมีความจำเป็นต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย ดังผลการศึกษาของ Dana (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวมีบทบาทให้การดูแลผู้ป่วย จัดการกับอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จัดการสิ่งแวดล้อมช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลกับชุมชน หรือโรงพยาบาล เพื่อการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย ผลการศึกษาการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชโดยทีม 5 กัลยาณมิตร ใช้เครื่องมือ ดังนี้ แบบประเมินพฤติกรรม 10 ด้าน แบบประเมิน OAS และแบบประเมิน SMIV 2Q / V2 ติดตามประเมินทุก 1 เดือน หากผลการประเมินปกติ ให้เฝ้าสังเกตและประเมินพฤติกรรมซ้ำทุก 1 เดือน รวมถึงติดตามการกินยาทุกวัน แต่ถ้าประเมินอาการแล้วมีอาการ 1 ข้อ OAS และควบคุมได้ ให้รายงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและประเมินพฤติกรรมทุกอาทิตย์ แต่ถ้าควบคุมไม่ได้ให้รายงานศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน ถือเป็นงานดำเนินการตามหลักการเฝ้าระวังดูแลโดยชุมชน ซึ่งเป็นการตรวจจับและรายงานเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาสุขภาพในชุมชนอย่างเป็นระบบโดยสมาชิกในชุมชน (Guerra, Bayugo, Acharya, Adjabeng, Barnadas, Bellizzi et al., 2019) ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอแก้งะเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า หลังการนำไปใช้มีค่าเฉลี่ยความต้องการดูแลลดลง มีการรับประทานยาต่อเนื่องสูงขึ้น และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Posri (2019) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยาต่อเนื่อง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ดี และผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าคุณป่วยไม่เป็นภาระครอบครัว ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นต้องบูรณาการบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย 5 กัลยาณมิตร ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวตนเองโดยไม่เป็นภาระและดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างไม่รู้สึกแปลกแยก ครอบครัว

หรือผู้ดูแลผู้ป่วย หรือประชาชนในชุมชนไม่เกิดความหวาดระแวงที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานฝ่ายปกครอง และหน่วยงานตำรวจ สามารถนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวช อำเภอแก่งเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ ไปประยุกต์ใช้ในการประสานเครือข่ายเพื่อจัดตั้งเป็น 5 กัลยาณมิตรในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อต่อยอดการนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล โดยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะก้าวร้าวในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล หรือในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมกับบริบท และมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านนายอำเภอแก่งเลี้ยว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งเลี้ยว สาธารณสุขอำเภอแก่งเลี้ยว ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแก่งเลี้ยว แกนนำชุมชน และครอบครัวของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Abdo, C., Miranda, E. P., Santos, C. S., Júnior, J. B., & Bernardo, W. M. (2020). Domestic violence and substance abuse during COVID-19: A systematic review. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 3), S337-S342.

Bunmatham, P. (2023). Community participation in caring of substance induced psychosis patients at Mancha Khiri District, Khon Kaen Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(2), 42-49. (in Thai)

Chaitongsri, J., Butsaeng, A., Surawan, J., & Lophongpanit, P. (2022). The effectiveness of suicide surveillance and prevention guidelines with the community participation in Sam Sung District, Khon Kaen Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 67(1), 59-70.

Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N., & Bilinski, P. (2020). Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: The initial stage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4677.

Chudpimai, R. (2022). Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplaimat District, Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(3), 851-867. (in Thai)

Dana, K. (2022). Development of the roles for psychiatric patients care among family caregivers and partnership networks in the community. *Journal of Health Science*, 30(3), 406-414. (in Thai)

Department of Mental health, Ministry of Public Health. (2016). *Prevalence of mental disorders and Mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013*. Bangkok: Beyond publishing Co., Ltd. (in Thai)

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2020). *Health services system manual for patients with serious mental illness with high risk to violence*. Bangkok: Prosperous plus company limited. (in Thai)

- Di Giacomo, E., Iozzino, L., Ferrari, C., Strozza, C., Large, M., Nielssen, O. et al. (2020). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: Systematic review and meta-analysis-a 2019 update. In B. Carpiniello, A. Vita, & C. Mencacci (Eds.), *Violence and Mental Disorders*, 181-202. Cham: Springer International Publishing.
- Guerra, J., Bayugo, Y., Acharya, P., Adjabeng, M., Barnadas, C., Bellizzi et al. (2019). A definition for community-based surveillance and a way forward: Results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. *Eurosurveillance*, 24(2), 1-4.
- Kamonpan, J., & Pimratana, W. (2020). The factors associated with suicidal attempted in counselling clinic, department of substance abuse and mental health services, Buri Ram hospital. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospitals*, 35(2), 481-490. (in Thai)
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin University Press.
- Mental Health Unit, Kaoleaw hospital. (2023). *Mental health report*. Nakhon Sawan: Kaoleaw Hospital. (in Thai)
- Memusith, N. (2023). *A problem solving on mental illness person*. Independent study of Superintendent course's in Royal Thai Police, Police college, Bangkok. (in Thai)
- Nakhonsawan provincial public health office. (2023). *Health data center*. Retrieved March 20, 2023. from https://nnsn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=d45ada263c558e8eeb82b2954e7a9add (in Thai)
- Nawamawat, J., Sitthisart, V., Lekphet, K., & Tienthavorn, P. (2021). *The geographic information system for health management of district health board*. Nakhon Sawan: Siamsilp publishing. (in Thai)
- Pittayaruengnon, W. & Vivatthanaporn, A. (2021). Problems of addiction treatment: A case study of public hospitals. *Journal of Dhammasuksa research*, 5(2), 94-102. (in Thai)
- Posri, A. (2019). Family and community participation in caring of chronic schizophrenia patients: A case study at Ban Tha Muang Community Roi Et Province. *Srinagarind Medical Journal*, 34(1), 83-89. (in Thai)
- Soonue, P., Prapakornsakul, P., Pimon, P., & Phuttharod, P. (2020). Prevalence of substance used in psychiatric outpatient department, Trang hospital. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(3), 71-80. (in Thai)
- Sootthasil, M. & Punoy, S. (2023). Family's social support for adolescent psychiatric patients in Wang Chao hospital. *Journal of Science and Technology Northern*, 4(2), 102-119. (in Thai)
- Warburton, E., & Raniolo, G. (2020). Domestic Abuse during COVID-19: What about the boys?. *Psychiatry research*, 291, 113155. Retrieved March 11, 2024, from <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113155>
- World Health Organization. (2015). *Integrated diseases surveillance and response in the African Region Community-Based Surveillance (CBS): Training manual*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.